

Karin Lermann

Heilpraktikerin

Oppertsweg 17

64711 Erbach

Tel.: 06062 2677979

Email: kontakt@karin-lermann.com
www.karin-lermann.com

Patienteninformation und Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet und welche Rechte für Sie damit verbunden sind.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist Praxis: Naturheilpraxis Karin Lermann
Heilpraktiker Straße: Oppertsweg 17. Ort: 64711 Erbach. Zweck der Datenverarbeitung
Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Die Erhebung dieser Daten erfolgt,

☐ um Sie als Patient identifizieren zu können

☐ um eine Diagnose stellen zu können

☐ um Sie angemessen behandeln und beraten zu können

☐ zur Korrespondenz mit Ihnen

☐ zur Rechnungsstellung

☐ zur Abwicklung von evtl. vorliegenden Haftungsansprüchen sowie der Geltendmachung etwaiger Ansprüche aus dem Behandlungsvertrag Empfänger Ihrer Daten
Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Therapeuten, Krankenkassen, Labore oder Abrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

Speicherung Ihrer Daten
Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies gesetzlich erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben z.B. aus steuerlichen Gründen, sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens zehn Jahre nach Abschluss der

Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

Ihre Rechte Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Widerspruchsrecht: Sofern Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage von berechtigten Interessen gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f DSGVO verarbeitet werden, haben Sie das Recht, gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzulegen, soweit dafür Gründe vorliegen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben. Möchten Sie von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen, genügt eine E-Mail an uns. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Hessische Datenschutzbeauftragte, Postfach 31 63, 65021 Wiesbaden Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden Tel. 0611/1408-0 Fax 0611/1408-611 E-Mail: poststelle@datenschutz.hessen.de

Rechtliche Grundlagen Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b)

Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihre Naturheilpraxis. Karin Lermann

Einwilligung

Ich habe die vorstehenden Hinweise zur Kenntnis genommen und willige in die Erhebung und Speicherung meiner Daten in diesem Umfang ein. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung freiwillig gebe.

_____ Ort, Datum
Unterschrift

Patient/Vertreter